

Vikten av kulturell kompetens i sjuksköterskans möte med patienter från andra kulturer

FÖRFATTARE Ester Emanuelsson
Julia Blomqvist
PROGRAM/KURS Sjuksköterskeprogrammet,
180 högskolepoäng/
OM5250
HT 2014
OMFATTNING 15 högskolepoäng
HANDLEDARE Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Tack till vår handledare Ingegerd Lindquist som med stort engagemang stöttat oss och kommit med goda synpunkter. Vi vill även tacka Charlotta Berglund för hjälpande råd.

Titel:	Vikten av kulturell kompetens i sjuksköterskans möte med patienter från andra kulturer
Title:	The importance of cultural competence in the meeting between nurses and patients from other cultures
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, OM5250 Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Ester Emanuelsson Julia Blomqvist
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Introduktion: Sverige är ett mångkulturellt land och sjuksköterskor möter dagligen människor med olika kulturell bakgrund vilket ställer krav på kulturell kompetens. Leininger har utvecklat en teori i transkulturell omvårdnad vilken har kritiserats för att kategorisera människor utifrån etnicitet och kultur. Det kan leda till att grupper vårdas istället för personer, vilket går emot den personcentrerade vården som sjuksköterskor idag bör arbeta utifrån. För att nå en djupare förståelse för detta problem krävs en kunskap om hur sjuksköterskor upplever det mångkulturella mötet. **Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskor kan uppleva mötet med människor från andra kulturer än den egna. **Metod:** Litteraturöversikt där 11 kvalitativa artiklar analyserades. Litteratursökningen gjordes i Cinahl, PubMed, Scopus och PsycINFO. Artiklarnas likheter och skillnader analyserades och resulterade slutligen i tre huvudteman och nio subteman. **Resultat:** Det framkom tre teman samt nio subteman, (1) kommunikation med subteman språkbarriärer, ickeverbal kommunikation och tolk, (2) kulturella skillnader med subteman könsroller, känslöyttringar, familjerelationer och fördomar, (3) organisation med subteman tidsbrist samt okunskap och organisation. Kommunikationshinder och språkbarriärer framträdde som stora hinder och utmaningar, därför efterfrågades en större tillgång till tolk. Kulturella skillnader skapade ofta missförstånd och innebar större utmaningar. Det framträdde en omedvetenhet om egna fördomar och det efterfrågades utbildning både om andra kulturer och möjlighet till självreflektion. **Konklusion:** Resultatet synliggjorde behovet av kulturell kompetens samt ett organisatoriskt stöd.

Nyckelord: Kulturell kompetens, sjuksköterskans upplevelse, personcentrerad vård, Leininger och transkulturell omvårdnad.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
KULTUR	2
Grupp.....	2
TRANSKULTURELL OMVÅRDNAD	3
Soluppgångsmodellen.....	4
Kritiken mot Leininger	4
KULTURELL KOMPETENS	5
SJUKSKÖTERSKANS KOMPETENS BESKRIVNING	5
Rättigheter till tolk	6
Personcentrerad vård.....	6
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
LITTERATURSÖKNING	8
Sökord och avgränsningar.....	8
Manuella sökningar	9
URVAL	9
ANALYS	9
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	10
RESULTAT	10
KOMMUNIKATION	11
Språkbarriärer.....	11
Ickeverbalt kommunikation.....	11
Tolk	12
KULTURELLA SKILLNADER	13
Könsroller.....	13
Känsloyttringar.....	13

Familjerelationer	14
Fördomar	14
ORGANISATION	15
Tidsbrist.....	15
Okunskap och utbildningsbehov	16
DISKUSSION.....	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION.....	18
KONKLUSION	22
REFERENSER	23

BILAGOR

Bilaga 1 – Söktabell

Bilaga 2 – Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

Bilaga 3 – Sammanfattning av artiklarna

INTRODUKTION

INLEDNING

Världen har krympt i det avseendet att geografiska avstånd idag inte längre är oöverstigliga. Resandet ökar, media rapporterar frekvent från världens alla hörn, tekniken gör det möjligt för oss att prata gratis med vänner på andra sidan jorden och i mataffärerna finns produkter från en rad olika länder. På ett sätt är människor närmare varandra än någonsin. Samtidigt hårdnar klimatet i samhället. Under de senaste åren har främlingsfientliga partier etablerat sig nationellt likväl som i det europeiska parlamentet, vilket kan leda till en ökad fientlighet mot människor med annan kulturell tillhörighet. Risken finns att en ”vi och dem – mentalitet” breder ut sig, vilket sett till hälso- och sjukvård skulle kunna komma att påverka vården av människor med en annan kulturell tillhörighet.

På våra praktikplatser, under sjuksköterskeutbildningen, har vi upplevt att människor från andra kulturer än den vi själva är vana vid ibland klumpas ihop och kategoriseras. Det kan vara alltifrån att utgå ifrån att en man med ett arabklingande namn inte äter griskött till att tro att människor från Somalia hanterar sorg på ett visst sätt. Misstaget är lätt gjort, har du mött tre personer från en kultur som beter sig på liknande sätt är det lätt att utgå ifrån att den fjärde kommer att vara likadan. Det kan dock leda till att en patient blir kränkt eller förbisedd eftersom sjuksköterskan missat att se till den unika personens behov.

När vi inför denna uppsats funderade på val av ämne uppstod en diskussion runt detta fenomen. Är det fler som resonerar som vi? Hur upplever egentligen sjuksköterskor mötet med patienter från andra kulturer? Sverige är ett mångkulturellt land och sjuksköterskor möter varje dag människor med olika kulturell bakgrund. För att kunna bemöta personer utifrån en helhetssyn tror vi att det krävs kunskap och kulturell kompetens. Av de anledningarna valde vi att fördjupa oss inom det här området, dessutom tror vi att det kommer hjälpa oss i vår framtida yrkesroll.

BAKGRUND

KULTUR

Kultur är ett abstrakt begrepp med en rad olika definitioner. I Nordin och Schölin (2011) beskrivs kulturbegreppet av antropologen Burnett Taylor som ett sociokulturellt system innefattande allt från konst, tro, moral och lagar till traditioner och seder. Innebörden är vad som finns gemensamt mellan människor och vad som gör dem till en del av ett samhälle. Det är kulturen som särskiljer människan från andra djurarter, genom den skapas en tänkande och reflekterande varelse. Människan är beroende av kulturen och kulturen av människan, de utvecklas av varandra (Nordin & Schölin, 2011).

Lidskog och Deniz (2009) beskriver i citatet nedan komplexiteten i kultur och varför missförstånd runt kulturer kan uppstå.

“Alla kulturer förändras, de påverkas av det sammanhang de finns i och av sina medlemmar. Inom varje kultur finns därför en betydande variation, även om det ofta är så att deras talesmän, mediebilder och allmänhetens uppfattningar ofta vill fixera en kultur till något väldigt enhetligt och tydligt avgränsat” (Lidskog & Deniz, 2009, s.43).

Nordin och Schölin (2011) är inne på samma spår genom att förklara kultur genom essens och konstruktion. Essens är den något förlegade bilden av kultur där någonting tillskrivs människan, något konstant och oföränderligt. Genom att istället se på kultur som en konstruktion läggs ett större fokus på den sociala processen där människan tillåts att förändra och omskapa sin kultur (Nordin & Schölin, 2011). Trots att kultur ofta är starkt rotat i människan innebär det inte att den enväldigt styr tankar och handlingar. Under uppväxten utvecklar människan en förmåga att reflektera över sin kultur och själv ta ställning till den. Detta sker genom förändringar i det omgivande samhället och individens tillvaro. Genom förändrade livsmönster, byte mellan skola och jobb, utbildning, mediala intryck och möten med andra människor, utvecklas möjligheten att reflektera kring den egna kulturella tillhörigheten (Lidskog & Deniz, 2009).

Grupp

En person föds in i ett socialt sammanhang, en kultur, med normer, värderingar, traditioner, idéer och symboler som delas inom en grupp. Gruppbegreppet kan enkelt beskrivas som en samling människor med en gemensam nämnare och med en relation till varandra (Nordin & Schölin, 2011). Den svåra frågan är dock, när är en grupp en grupp? Var dras gränsen? Nordin och Schölin (2011) hänvisar till socialpsykologen Sherif som beskriver grunden för en grupp. Han menar att en grupp är en rad olika människor som samspelar med varandra och har delade motiv och mål, utformade roller och en social rankning. De delar normer och värderingar som gruppen

själv format och utdelar sanktioner när dessa bryts eller ifrågasätts (Nordin & Schölin, 2011). Författarna menar dock att Sherifs utgångspunkter är något tunna då han utesluter andra faktorer, såsom kön, etnicitet och ålder. Människan har ett grundläggande behov av att kategorisera, alltså är inte frågan om personer klumpas ihop, utan när. När en kategorisering görs så finns risken att personerna som anses tillhöra den specifika gruppen inte uppfattar dess tillhörighet och normer på samma vis. Det är därför viktigt att ta hänsyn till dynamiken inom en grupp, dess föränderlighet, och att den består av olika personligheter (Nordin & Schölin, 2011).

TRANSKULTURELL OMVÅRDNAD

Madeleine Leininger var en omvårdnadsteoretiker som under 1970-talet lanserade begreppet transkulturell omvårdnad vars mål är att uppmärksamma och bemöta människors kulturella bakgrund och värderingar för att främja god hälsa, välbefinnande och en värdig död (Leininger & McFarland, 2002). Hennes teori är fortfarande den mest framträdande inom mångkulturell vård (Nordin & Schölin, 2011). Leininger började under 50-talet att arbeta som specialistsjuksköterska inom barnpsykiatri. Hon upptäckte snart att det fanns brister och begränsningar inom omvårdnadsområdet gällande att bemöta kulturella skillnader. Barnen hade olika omvårdnadsbehov och förväntningar, talade olika språk, hade olika lekmönster och olika sovrutiner. Leininger menade att hon exempelvis upplevde de Angloamerikanska barnen mer aggressiva i sin lek än de Mexikanska, medan ett tyskt barn var väldigt självständigt och klagade sällan. Olika kulturella skillnader i det dagliga livet gjorde klart för Leininger att vårdpersonal behövde utveckla sin kompetens för att kunna ge ett gott bemötande och göra ett bra omvårdnadsarbete (Leininger & McFarland, 2002).

Efter decennier av forskning inom kultur och omvårdnad lanserade Leininger 1991 *the Theory of Culture care, Diversity and Universality*. Leininger beskriver hur hon genom att baka ihop begreppen kultur och omsorg (*care*) till en helhet, *culture care*, införde helt nya kunskaper inom omvårdnaden av personer från olika kulturer. *Diversity of culture care*, mångfalden inom kulturell omvårdnad, innebär att alla människor föds, växer upp och lever under olika förutsättningar och i miljöer som påverkar deras synsätt och upplevelse. *Universality of culture care*, universaliteten inom kulturell omvårdnad, innebär att alla människor har ett behov av vård och omsorg för att växa och kunna leva (Leininger & McFarland, 2002). Teorins huvudsyfte är att uppmärksamma olika och universella kulturella faktorer som påverkar hälsa/ohälsa för individer eller grupper. Själva målet är att sjuksköterskor genom att arbeta utifrån teorin och med kulturell omvårdnad ska kunna främja hälsa, förhindra sjukdom och skapa ett gott tillfrisknande för patienter från olika kulturer (Leininger, 2002).

Soluppgångsmodellen

The Sunrise model, soluppgångsmodellen, utvecklades som ett komplement och redskap till tidigare nämnda teori. Modellen är tänkt att användas tillsammans med teorin i bemötandet av patienter för att tydligt se kulturens betydelse. I soluppgångsmodellen belyses olika faktorer som kan påverka människan såsom tekniska, religiösa/filosofiska, politiska, ekonomiska och kulturella värderingar. Genom att ta hänsyn till och identifiera dessa faktorer i patientmötet kan sjuksköterskan skapa en holistisk och omfattande bild runt patienten för att identifiera dennes kultur och hur det kan komma att påverka omvårdnaden. I omvårdnaden av patienten ska sjuksköterskan ta hänsyn till de faktorer som identifierats för att kunna bevara kulturen, *culture care preservation*, anpassa omvårdnaden till kulturen, *culture care accomodation* och återuppbygga kulturen i vården, *culture care repatterning*. Det finns inget fast "steg för steg"-tillvägagångssätt utan användaren av modellen anpassar den utifrån vad som vill studeras, individen, familjen, samhället eller institutionen (Leininger & McFarland, 2002).

Kritiken mot Leininger

Leininger utvecklade begreppet transkulturell omvårdnad då hon upplevde att det fanns en bristande kunskap hos vårdpersonal gällande bemötandet av människor från andra kulturer. Den transkulturella omvårdnaden innebär en anpassning efter varje individs kulturellt betingade värderingar och normer (Leininger, 2002). Teorin har dock kritiserats för att utgå från att varje människa tillhör en given och avgränsad kultur. Nordin och Schölin (2011) problematiserar detta och frågar vem det är som bestämmer vilken kultur en människa tillhör och om en individ kan tillskrivas kulturella aspekter som anses tillhöra en grupp. Författarna menar att risken finns att vården baseras på en antagen grupptillhörighet och inte utifrån personens egna behov.

Leininger och McFarland (2002) beskriver vikten av att bemöta grupper utifrån deras egna kulturella aspekter såsom religion, traditioner och lagar. Exempelvis har några av kapitlen i deras bok titlarna; *African Americans and Culture Care*, *Culture Care of the Mexican Family* och *Finnish Women in Birth: Culture Care Meanings and Practices* (Leininger & McFarland, 2002). Gustafson (2005) kritiserar det här fenomenet inom transkulturell omvårdnadslitteratur och kallar det för ett kokbokssynsätt på kulturell mångfald. Människor delas in i grupper utifrån olika gemensamma nämnare såsom språk, gemensam historia och kulturella traditioner där fokus ligger på etnicitet som den stora skillnaden (Gustafson, 2005). När en grupp utifrån dessa faktorer betraktas som en homogen massa förbises andra skillnader inom gruppen som kan påverka, såsom klass, kön, sexualitet och ekonomiska skillnader. Gustafson (2005) menar att det här även bidrar till att olika kulturella definitioner inom gruppen förbises. Vidare kritiserar Gustafson (2005) Leiningers uppmålade bild av vårdpersonalen som en homogen grupp där tidigare nämnda skillnader inom grupper inte tas med i beräkningen. Nordin och Schölin (2011) frågar sig om det verkligen går att tala om en stor samling människor från samma land som en

grupp med samma kulturella traditioner och värderingar. De menar att om inte gruppbegreppet ifrågasätts närmare blir risken överhängande stor att det till slut är grupper som vårdas och inte personer (Nordin & Schölin, 2011).

KULTURELL KOMPETENS

I en litteraturstudie undersöker Jirwe, Gerrish och Emami (2006) de teoretiska ramar som beskrivs inom omvårdnadsteoretisk kulturell kompetens och analyserar dess olika komponenter. Enligt Jirwe et al. (2006) understryker studierna; (1) vikten av medvetenhet om att mångfald existerar, (2) att ha en förmåga att vårda individer, (3) att vårda med en icke-dömande öppenhet och (4) att kulturell kompetens är en långsiktig förbättringsprocess. Litteraturstudien understryker värdet av att vara medveten om att alla, även den egna personen, har en kulturell bakgrund med kulturella värden, attityder och trosystem där fördomar och stereotypa attityder innefattas (Jirwe et al., 2006). Stier (2009) redogör för betydelsen av att kunna betrakta sig själv som andra betraktar en med hänsyn till socialt umgänge, status, kommunikation, kroppsspråk och bemötande av andra. Detta uppnås genom självreflektion som en huvudsaklig komponent för att öka förmågan att bemöta människors likheter och olikheter. *”Det är sannolikt så att självkännedom och självgranskning parade med observationer av (o)likheter mellan den egna och andra kulturer ökar förståelsen för andra kulturer och för hur människor, utifrån sin unika kulturella och personliga förståelsehorisont, känner, tänker och agerar”* (Stier, 2009, s. 155). Avsaknad av självkännedom och självdistans ökar risken för att omvärlden betraktas utifrån den egna kulturella måttstocken (Stier, 2009). Genom utbildning och interaktion med kollegor och patienter från andra kulturer skapas förutsättningar för att förstå den egna kulturen. Sjuksköterskan måste även använda sig av personliga kulturella erfarenheter och den forskning som finns för en ökad kompetens. För att uppnå en icke-dömande öppenhet för alla människor behövs en lust hos sjuksköterskan att övervinna fördomar och etnocentrism¹ och även ett genuint intresse av människor. Ifall sjuksköterskans synsätt är att vara tvungen att vårda snarare än att vilja vårda uppstår svårigheter i att vara kulturellt kompetent (Jirwe et al., 2006).

SJUKSKÖTERSKANS KOMPETENSBESKRIVNING

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning utgår från en helhetssyn av människan och ett etiskt förhållningssätt som grundar sig i den humanistiska människosynen (Socialstyrelsen, 2005). Vård är något universellt som ska vara tillgängligt för alla människor. Sjuksköterskans elementära skyldighet är att ge människor vård i relation till mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt. Oavsett ålder, hudfärg,

¹ Etnocentrism betyder att centralisera den egna kulturen och värdera och tolka andra kulturer utifrån det egna normsystemet. Begreppet kan både innefatta en överlägsenhet i synen på det som uppfattas avvikande, men även en övertygelse om att den egna kulturen är den rätta och naturliga (Nationalencyklopedin, 2014).

trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning, sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status ska vårdtagaren erhållas jämlik vård och omsorg (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Rättigheter till tolk

Enligt patientsäkerhetslagen² (SFS 2010:659) ska den patientansvariga för hälso- och sjukvård se till att patienten och dennes närstående ges information. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att utgå från individens förutsättningar och i så hög utsträckning som möjligt utforma och genomföra vård och behandling i samråd med patienten (SFS 2010:659). När en myndighet kommer i kontakt med en person som inte behärskar svenska bör tolk anlitas (SFS 1986:223). Grundläggande inom tolkverksamheten är respekt inför människans integritet och tolkar har lagstadgad tystnadsplikt enligt sekretesslagen (Tolkserverrådet, 2012; SFS 1980:100). För att arbeta som tolk krävs en språklig och tolkmässig kompetens, vilket innefattar att på ett professionellt sätt utföra sitt uppdrag. Tolken ska ha förmågan att anpassa tolkningen utifrån de förutsättningar som finns och de situationer som uppstår (Tolkcentralerna i Sverige, 2014).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård karakteriseras av en vård som synliggör hela människan och främjar andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Det betyder att sjuksköterskan bejakar personens uppfattning av ohälsa och sjukdom, och utefter det utgångsläget främjar vad hälsa betyder för den unika personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det finns en rad olika definitioner av personcentrerad vård och författarna till denna uppsats har valt definitionen:

“Personcentrering är ett förhållningssätt till praktiken som etableras när terapeutiska relationer formas och utvecklas mellan alla vårdgivare, patienter och andra som är betydelsefulla för dem i deras liv. Grunden är värden som respekt för personen, den enskildes rätt till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse. Personcentrering blir möjlig i miljöer som främjar ett kontinuerligt utvecklingsarbete.” (McCance & McCormack, 2013, s. 84).

Enligt McCormack (2004) kan fyra begrepp beskriva det centrala i personcentrerad vård. Att vara i relation (1) lägger vikten vid de mellanmännskliga relationerna. Travelbee (1971) beskriver den mellanmännskliga dimensionen som en grundsten för att som sjuksköterska kunna möta patientens behov. För att etablera en mellanmännsklig relation behöver fasaden mellan sjuksköterskan och patienten penetreras och det är bara när varje enskild person i interaktionen ser den andra som en människa som mötet blir unikt (Travelbee, 1971). Att vara i en social värld

² SFS 2010:659 6 kap 6 § som reviderats och träder i kraft 2015-01-01(SFS 2010:659).

(2) innebär att personen befinner sig i sitt sociala sammanhang där mening av sin existens kan skapas och omskapas. För att förstå personens kontext behövs information om dennes livsberättelse som uttrycker berättarens syn på sitt liv och sin omgivning (McCormack, 2004; Santamäki Fischer, 2010). Genom att lyssna till berättelsen skapas tillträde till personens drömmar, önskningar och förväntningar samt möjlighet för sjuksköterskan att utgå från personens perspektiv. Det är förutsättningen för att kunna anpassa vården utefter den enskilda personen (Santamäki Fischer, 2010). Att vara med sig själv (3) betyder att vårdtagaren är tydlig med vilka värden som är betydelsefulla och som sjuksköterska skapa förutsättningar för personen att förmedla dessa (McCormack, 2004). Det kräver en god förmåga hos sjuksköterskan att lyssna till personens berättelse för att empatiskt och inlevelserikt möta dennes unika historia. För att kunna lyssna till personen behöver sjuksköterskan studera sin egen sårbarhet och känslighet och genom detta tolka det som sker och berättas i det mellanmänniska mötet (Santamäki Fischer, 2010). Att vara på plats (4) innebär i vilket sammanhang vården ges. Organisation och struktur har förmåga att både förbättra och begränsa personcentrerad vård (McCormack, 2004). Miljö och sammanhang omfattas både av den fysiska och känslomässiga miljön. Den präglas av goda mellanmänniska relationer, kontinuitet och i vilken utsträckning vårdtagaren har möjlighet att vara med och skapa och påverka. Utformningen av vårdmiljön har en stor inverkan på det som sker, exempelvis långa korridorer som kan skapa desorientering och oro till skillnad från platser för gemenskap och möten. Personens livsberättelse har stor betydelse för att skapa förståelse hos sjuksköterskan kring tidigare upplevelser och förväntningar av miljön (Wijk, 2010).

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskan ska i sitt arbete utgå från en helhetssyn av människan och ge en god vård i relation till mänskliga och kulturella rättigheter (Socialstyrelsen, 2005; ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2005). Det innebär en personcentrerad vård vilket innefattar att utgå från den unika personen i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Människan har ett behov av att kategorisera sin omgivning och frågan är inte om det sker utan när. Att kategorisera människor utifrån exempelvis kultur och etnicitet är dock att förenkla verkligheten. Det kan leda till att dynamiken inom en grupp missas och att den enskilda personen tillskrivs egenskaper som anses tillhöra en viss grupp. Inom vården kan detta leda till att grupper vårdas och inte personer (Nordin & Schölin, 2011). För att nå en djupare förståelse för detta problem krävs en kunskap om hur sjuksköterskor upplever mötet med människor från andra kulturer.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur sjuksköterskor kan uppleva mötet med människor från andra kulturer än den egna.

METOD

Som modell valdes en litteraturöversikt då det ansågs passa syftet och vara en bra metod för ökad kunskap inom det valda problemområdet. Motivet för en litteraturöversikt är att skapa sig en överblick inom ett avgränsat område, att träna sig i att sammanställa forskningsresultat och att skapa ett underlag för fortsatt forskning (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

Arbetet inleddes med att identifiera ett problemområde genom att läsa litteratur inom ämnet. För att få en överblick runt utbudet av publicerad litteratur gjordes en inledande litteratursökning i databaserna Cinahl och PubMed. Utifrån den inledande litteratursökningen valdes sökord och begränsningar ut. Eftersom syftet var att beskriva upplevelsen av ett fenomen valdes även sökord från det sammanställda dokumentet "Termer för 'Upplevelser' och 'Bemötande'", KIB (Karolinska Institutet, 2014). För att kontrollera att valda sökord fanns som termer och nyckelord i databaserna kontrollerades de i tesaurerna MESH och Cinahl Headings (Friberg, 2012). Efter att sökorden kontrollerats och valts ut inleddes den egentliga datainsamlingen i databasen Cinahl, eftersom den i huvudsak innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar. För att säkerställa en bred materialgenomgång gjordes sökningar även i PubMed, Scopus och PsycINFO (Friberg, 2012). Sökningen i Scopus resulterade i två granskade artiklar som senare valdes bort och sökningen i PsycINFO gav inget resultat. Inledningsvis gjordes en omfattande sökning i Cinahl och när sökningen i PubMed inleddes återkom flera av de artiklar som redan påträffats. Efter ett antal sökningar uppstod en mättnad då redan valda eller bortvalda artiklar återkom.

Sökord och avgränsningar

Huvudsökorden i den inledande datainsamlingen var *Transcultural nursing*, *Nurse attitudes* och *Attitudes of health personnel*. Övriga sökord som användes i olika kombinationer var *nurse-patient relations*, *cultural competence*, *nurse*, *patient*, *cultural diversity*, *diversity* och *communiation*. En bit in i sökningsprocessen granskades nyckelorden i de artiklar som valts ut för att hitta alternativa sökord. Flera hade dock redan använts i sökningarna och vissa fanns inte med i Cinahl headings eller MeSH, vilket gjorde att de valdes bort. De valda sökorden konstaterades därför vara relevanta. För att få med olika sökords ändelser användes trunkeringstecken, en asterisk lades till på sökordet *nurse*. Detta för att säkerställa att relevant material inte missades p.g.a. olika böjningar av sökord (Friberg, 2012). För att koppla ihop de olika sökorden användes operatoren *AND*. Operatörer ingår i det booleska söksystemet och används för att utöka eller smalna av antalet sökträffar (Friberg, 2012). Under datasökningens gång upptäcktes det att många artiklar handlade om studenter vilket inte var relevant för syftet. Operatoren *NOT* i kombination med sökordet *student* och en asterisk användes för att rikta

sökningen mot syftet. Sökorden *etnonursing*, *experience*, *nurse-patient relations* och *minority groups* användes också i datainsamlingen men gav inget resultat. För en översikt av sökningsprocessen, se bilaga 1.

Avgränsningar gjordes vid varje sökning för att sortera bort irrelevant material (Friberg, 2012). För att inte få allt för daterad forskning utan den senaste kunskapen avgränsades publiceringsårtalen till 2004-2014. I Cinahl användes avgränsningarna *peer reviewed*, *research article*, och *english*, i PubMed avgränsningarna *english* och *full text* och i Scopus avgränsningarna *article*, *english* och *subject area "nursing"*. Ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle beröra vuxna och därför lades avgränsningen *all adults* till.

Manuella sökningar

Utöver sökning i databaser bör insamlingen av data kompletteras genom en manuell sökning (Friberg, 2012). Med det i åtanke granskades referenslistor i utvalda artiklar samt referenslitteratur. Material som inte inkluderades valdes bort då det inte svarade till syftet eller ansågs allt för daterat (>10 år).

- Skott och Lundgren (2009) hittades från Debesay, Harsløf & Vike (2014).
- Hultsjö och Hjelm (2005) hittades från Björk Brämberg (2008).

URVAL

För att utesluta irrelevant material inleddes en urvalsprocess med genomgång av artiklarnas titlar. De som inte svarade på syftet gallrades bort. Därefter lästes sammanfattningen av kvarvarande artiklar och om den stämde överens med syftet lästes hela artikeln. Artiklar som inte överensstämde med syftet eller i detta skede upplevdes vara av sämre kvalitet valdes bort. Kvarvarande artiklar kvalitetsgranskades grundligt utifrån ett protokoll för granskning av studier med kvalitativ metod av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga 2. Utifrån protokollet valdes artiklar med låg kvalitet bort. Totalt kvalitetsgranskades 17 artiklar och 11 svarade på syftet samt höll medel eller hög kvalitet. Alla utvalda artiklar var av kvalitativ metod.

ANALYS

Utvalda artiklar sammanfattades i löpande text för att ha som stöd under analysarbetet, se bilaga 3. Efter det lästes artiklarna ytterligare ett antal gånger för att skapa en djupare förståelse över innehåll och sammanhang (Friberg 2012). Därefter började likheter och skillnader studeras genom att författarna var för sig markerade olika fenomen med färgpennor och siffersystem. När

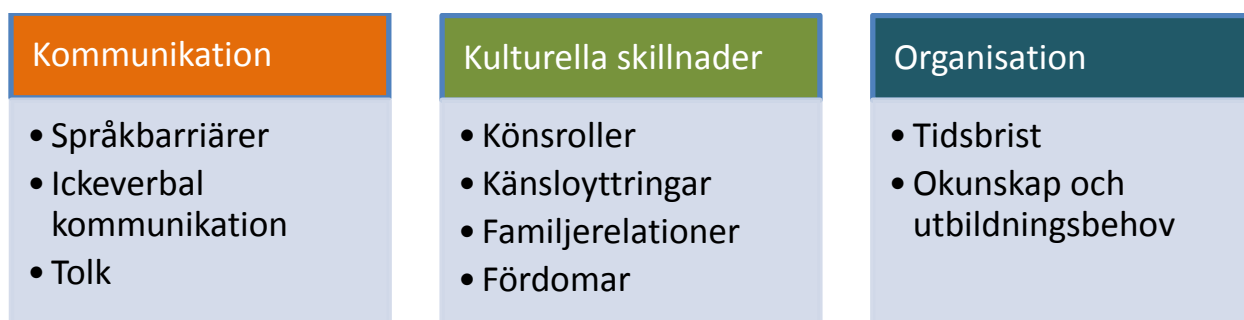
resultatet i artiklarna markerats jämförde författarna sin tolkning sinsemellan för att tillsammans identifiera olika samband. Efter noggrann genomgång resulterade detta i 11 kategorier som alla utgick från sjuksköterskans upplevelse. Dessa kategorier var fördomar, könsroller, okunskap om andra kulturer, utbildningsbehov, familjerelationer, känslöyttringar, organisation, tidsbrist, kommunikation, tolk och kulturella skillnader. Under analysarbetet föll kategorin okunskap om andra kulturer bort, då innehållet kunde sorteras in i resterande kategorier. Kvarvarande 10 kategorier delades upp i teman och subteman där kommunikation, kulturella skillnader, organisation och fördomar framträdde som teman. Resterande kategorier placerades in under de olika teman som subteman. När resultatet sammanstälts upplevde författarna att tematiseringen gick att förbättra. Språkbarriärer och ickeverbal kommunikation framträdde som subteman under temat kommunikation. Temat fördomar ansågs inte längre framträda som huvudtema, utan passade bättre in som subtema under temat kulturella skillnader. Slutligen sammanställdes resultatet i tre teman och nio subteman.

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Sju av de valda artiklarna var etiskt godkända. Resterande fyra artiklar uppnådde andra viktiga aspekter såsom medgivande från deltagarna, sekretess och möjlighet att dra sig ur. Författarna till denna litteraturöversikt lade stor vikt vid att framställa resultatet objektivt och har försökt att benämna sjuksköterskans upplevelser utan värdering i resultatdelen.

RESULTAT

Från valda artiklar framkom olika teman som presenteras nedan i ett gemensamt resultat. De tre teman som framkom var Kommunikation, Kulturella skillnader och Organisation. Ur dessa teman framträdde subteman, vilka var språkbarriärer, ickeverbal kommunikation, tolk, könsroller, känslöyttringar, familjerelationer, fördomar, tidsbrist och okunskap/utbildningsbehov. Teman samt subteman redovisas nedan i figur 1.



Figur 1.

KOMMUNIKATION

Språkbarriärer

Kommunikationssvårigheter och språkbarriärer sågs som ett stort hinder i vården av patienter från andra kulturer (Hultsjö & Hjelm, 2005; Richardson, Thomas & Richardson, 2005; Pergert, Ekblad, Enskär & Björk, 2007; Høye & Severinsson, 2008; Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008; Taylor & Alfred, 2010; Hart & Mareno, 2013). Sjuksköterskorna oroade sig ofta över att patienten inte förstått sin diagnos, komplexiteten i en behandling eller biverkningar av mediciner, vilket belyses av ett citat; *“Often, our communication is reduced to nods and smiles and some very basic communication about the types of treatment - you feel they really miss out”* (Richardson et al., 2005, s. 96). Språkbarriärer upplevdes som ett hinder för att skapa en god vårdrelation med patienten. När patienten och sjuksköterskan talade samma språk uppstod en närmare relation automatiskt (Pergert et al., 2007). Vanliga kommunikationsstrategier, såsom att använda småprat och humor, försvårades av språkbarriärer (Tuohy et al., 2008). Detta ledde till frustration vilket även beskrivs av Taylor och Alfred (2010). När sjuksköterskan hade möjlighet att småprata med patienten ledde det till att patienten fick information kontinuerligt, vilket beskrivs i ett citat; *“The advantage that a Swedish-speaking family has when one of them can just grab a doctor or a nurse and ask questions cannot even be measured on a scale* (Pergert et al., 2007, s. 320). Något annat som visade sig leda till missuppfattningar var när en person som inte behärskade språket exempelvis ringde efter ambulans. Det var då svårt att göra en adekvat bedömning, vilket kunde leda till att en ambulans skickades trots att det inte var nödvändigt, eller tvärtom (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Ickeverbal kommunikation

Några studier betonade värdet av ickeverbal kommunikation. Huang, Yates och Prior (2009) beskriver hur kroppsspråk och enklare teckenspråk kunde vara till hjälp för kommunikationen. När patienten skulle beskriva sin smärta använde sig sjuksköterskorna exempelvis av olika ansiktsuttryck och pekade på kroppen för att lokalisera var smärtan uppstod. De försökte även att lära sig några få ord på patientens modersmål för att lättare kunna etablera en relation (Huang et al., 2009). Ytterligare exempel på icke-verbal kommunikation kunde vara att hålla en patients hand för att visa empati (Richardson et al., 2005). En sjuksköterska menade att *“You can understand if you really want to, although you must have a desire to understand”* (Skott & Lundgren, 2009, s. 226).

Tolk

I mötet med människor från andra kulturer behöver tolk ofta användas. Det kunde innebära svårigheter sett utifrån olika aspekter. En tolk var inte alltid lätt att få tag i och i flera studier önskade sjuksköterskorna en större tillgång till tolk (Hultsjö & Hjelm, 2005; Pergert et al., 2007; Touhy et al., 2008; Taylor & Alfred, 2010). Tolk kopplas ofta in när patienten har läkarsamtal och då finns det inte alltid tid för sjuksköterskan att delge information. Sjuksköterskor upplevde därför att det uppstod en brist i den information som patienten behövde gällande sitt omvårdnadsbehov. Dessutom var det inte alltid lämpligt att ge den informationen under läkarbesöket, då det kunde leda till att patienten fick allt för mycket information på en och samma gång och därför inte kunde ta till sig den. Sjuksköterskorna upplevde att detta påverkade den vårdande relationen till patienten på ett negativt sätt och hade önskat en större tillgång till tolk även vid omvårdnadssamtal (Pergert et al., 2007).

Vissa sjuksköterskor upplevde att när de kommunicerade med patienten genom tolk förlorade de den nära patientkontakten, det uppstod en distans när en tredje part var närvarande (Hart & Maren, 2013). Pergert et al. (2007) beskriver hur problem kan uppstå när tolken inte håller sig professionell utan blir allt för känslomässigt involverad i patienten och lägger sig i behandling och medicinering. Sjuksköterskorna hade dessutom ofta svårt att lita på att tolken översatte korrekt utan att viktig information föll mellan stolarna, det var svårt att släppa kontrollen över informationen (Richardson et al., 2005; Pergert et al., 2007). Tuohy et al. (2008) beskriver användandet av tolk som en stor fördel eftersom sjuksköterskan får möjlighet att arbeta mer holistiskt, vilket belyses i citatet *“...when you understand more of the person you can then nurse the person rather than nursing the problem. Up until then, until you get the interpreter to find the whole part of the person, you’re only nursing a problem rather than a person”* (Tuohy et al., 2008, s. 167).

När tillgången till tolk inte fanns eller då tolk inte kopplades in av andra anledningar fick ofta familjemedlemmar tolka. Detta upplevdes orsaka problem eftersom information om exempelvis patientens diagnos kunde undanhållas av familjemedlemmarna (Richardson et al., 2005; Høye & Severinsson, 2008). När den enda närvarande familjemedlemmen som kunde tolka var ett barn uppstod etiska dilemman för sjuksköterskorna, de upplevde att de inte kunde lägga ett sådant ansvar på barnet (Tuohy et al., 2008). Detta beskrivs även av Hultsjö och Hjelm (2005) med citatet *“The woman said nothing; it was all through her daughter. She carried all the responsibility, it’s often like that”* (s. 281). En annan lösning när tolk ej fanns närvarande var att använda personal som kunde det aktuella språket. Kollegor som talade andra språk sågs som en resurs för avdelningen eftersom det var lättare att rycka tag i en kollega än att ringa en tolk (Huang et al., 2009; Taylor & Alfred, 2010). Att använda personal som tolk innebar dock en extra arbetsbörda för personalen vilket kunde upplevas stressande (Richardson et al., 2005). En flerspråkig sjuksköterska menade däremot att hennes största fördel var att kunna ett annat språk (Hart & Maren, 2013). Som extra stöd i kommunikationen med patienter som talade ett annat

språk önskade sig sjuksköterskorna större tillgång till hjälpmaterial såsom ordböcker, symbolblad och skriven information på olika språk (Huang et al., 2009; Pergert et al., 2007).

KULTURELLA SKILLNADER

Kulturella skillnader mellan sjuksköterskor och patienter skapade missförstånd och fler utmaningar (Richardson et al., 2006; Taylor & Alfred, 2010). Missförstånd vid intimvård ansågs vara problematiskt. Det finns en känslighet vid denna typ av vård, oavsett kultur, men utmaningarna blev större då hänsyn behövde tas till okända kulturella och religiösa vanor (Debesay, Harsløf, Rechel & Vike, 2014). Trosystem kunde påverka patienternas val av behandling vilket gjorde att sjuksköterskorna fick balansera mellan professionell kunskap och känslan av vad som var rätt samt respekt för människans tro. Richardson et al. (2006) beskrev känslan med citatet, *“You act in one way, which is being outwardly nice and dealing with it, but inwardly you feel quiet uncomfortable about it... That can become very uncomfortable if you have to do that for a long time”* (s. 98). Normskillnader var också något som framkom vara besvärande, ofta i samband med dödsfall (Tuohy et al., 2008). Sjuksköterskorna stred med sina inre känslor kring skilda sätt att hantera döden. De var vana vid att vara öppna med palliativa patienters förväntningar, men i mötet med minoritetsgrupper upplevde sjuksköterskorna att det var ett tabubelagt område vilket de ansåg vara svårt att hantera (Debesay et al., 2014).

Könsroller

Skilda sätt att se på könsroller jämfört med andra kulturer ansågs vara ett hinder för transkulturell vård (Pergert et al., 2007). Det var tydligt att upplevelsen av det transkulturella mötet tolkades olika beroende på vårdarens kön. De kvinnliga sjuksköterskorna ansåg att de immigrerade männen var ovilliga att vårdas av en kvinna, vilket de tog som en personlig förolämpning och ett nedvärderade (Pergert et al., 2007; Dellenborg, Skott & Jakobsson, 2012). De manliga sjuksköterskorna var vana vid att immigrerade kvinnor avstod från att vårdas av en man, eller att se dem i ögonen. Till skillnad från den kvinnliga vårdpersonalen uttryckte männen ingenting om att känna sig förolämpade, detta för att det upplevdes vara ett generellt problem att vårda kvinnor som manlig vårdare (Dellenborg et al., 2012). Kvinnliga sjuksköterskors upplevelse av mötet med immigrerade kvinnor, särskilt muslimer, präglades av antaganden av en patriarkal struktur. Ofta upplevde de kvinnan som svår att nå då mannen förde hennes talan (Dellenborg et al., 2012).

Känsloyttringar

Olikheter i känsloyttringar visade sig vara svårbemött för flera sjuksköterskor, ofta i sammanhang av sorg och ilska (Pergert et al., 2007). Patienter från andra kulturer uttryckte ofta

sorg högt och utåtagerande, vilket sjuksköterskorna upplevde som ett problem då det kunde störa andra patienter på avdelningen (Høye & Severinsson, 2008). En sjuksköterska uttryckte *“I have found that they show it a little more easily or faster than we do. They are louder. It is often more dramatic around migrants, they tear their hair in despair and they cry with more emotion”* (Hultsjö & Hjelm, 2005, s. 280). Dellenborg et al. (2012) beskriver att vårdpersonalen, här läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, upplevde att patienter från andra kulturer uttrycker sig mer dramatiskt samt att det avviker från ett typiskt “svenskt” sätt. Där tas även ett patientfall upp med en man som var provocerande och krävande. Personalen pendlade mellan två förklaringar till detta för dem obekanta beteende, och ena sidan att se honom som en individ som var avvikande, unik och väldigt sjuk, och andra sidan att se honom som representativ för en kultur (Dellenborg et al., 2012).

Familjerelationer

Familjer från andra kulturer upplevdes ta upp mycket plats (Pergert et al., 2007; Høye & Severinsson, 2008; Dellenborg et al., 2012). Exempelvis beskrivs en akutvårdsavdelning där besökare begränsas till den allra närmsta familjen, vilket sågs som ett problem när det i många multikulturella familjer inkluderas mostrar, morbröder, kusiner och nära vänner (Høye & Severinsson, 2008). Detta förtydligas med citatet *“It was difficult, because the ward was crowded and approximately 30 people arrived. They were on the wall and in the corridor, so that other family members did not get any space at all. We tried to tell them to restrict their stay in the room or in the corridor”* (Høye & Severinsson, 2008, s. 342).

Vid olycksplatser kunde det vara problematiskt med stora familjer då ambulanspersonalen upplevde att mycket resurser och tid gick åt till att hantera närstående. Flera personer i familjen ville följa med i ambulansen vilket gjorde att personalen var tvungna att sätta stopp för att få plats med sig själva (Hultsjö & Hjelm, 2005). Ibland uppstod etiska dilemman när familjemedlemmar ville undanhålla information för patienten. Det kunde exempelvis vara att inte berätta diagnosen eller att säga att allt kommer bli bra när det för sjuksköterskan var uppenbart att patienten var döende (Huang et al., 2009; Debesay et al., 2014). Dessa situationer ledde ofta till konflikter i värderingar vilket gjorde sjuksköterskorna ambivalenta (Huang et al., 2009). Skott och Lundgren (2009) beskriver att immigrerade patienters närstående ofta tog en betydande roll i vården av patienten, vilket sågs som positivt då de gärna ville hjälpa till. Genom kommunikation med familjen kunde de få en helhetsbild av patientens behov (Huang et al., 2009). Vissa sjuksköterskor upplevde det dock besvärande att behöva informera en stor grupp människor, eftersom de ofta behövde upprepa sig vilket var tidsödande (Skott & Lundgren, 2009).

Fördomar

Flera sjuksköterskor uttryckte att de inte hade några fördomar. Några medgav dock att de hade olika känslor inför olika grupper, men att de hoppades att det inte påverkade deras professionella roll. Vissa märkte att de från början hade en avig inställning till vissa grupper, då de exempelvis antog att det skulle ta längre tid när patienten inte kunde språket (Richardson et al., 2005). En känsla av ambivalens framkom i mötet med människor från andra kulturer då personalen pendlade mellan att känna empati för människors utsatthet i en okänd miljö, och frustration inför deras "ovanliga beteende". Immigrerade personer beskrevs ofta som osmidiga och styrda av regler, ritualer och religion till skillnad från "svenskar" vilka beskrevs i termer som resonabla, smidiga och lätta att vårda. Dock motsatte sig delar av personalen dessa påståenden och ifrågasatte varför de resonerade som de gjorde (Dellenborg et al., 2012). Just att hantera fördomar från andra i personalgruppen tyckte flera sjuksköterskor var svårt (Pergert et al., 2007). För att kunna hantera sina egna fördomar är det viktigt att vara medveten om dem, vilket inte alltid ansågs vara enkelt (Richardson et al., 2005; Hart & Mareno, 2013). När olika kulturer blandas kommer fördomar upp till ytan vilket är ett steg på väg mot medvetandegörande, vilket beskrivs av Skott och Lundgren (2009) med citatet "*When you mix cultures you let go of prejudice, like putting people into different boxes [...] when you are there together with that person you feel that we are all like each other - even if some has brown eyes - we are just the same*" (s. 226).

Patienter med annan kulturell bakgrund upplevdes ibland tro att de fick vänta på behandling på grund av sitt ursprung (Pergert et al., 2007; Hultsjö & Hjelm, 2005). Det ledde till att sjuksköterskorna kände sig förolämpade eftersom de ansåg att de inte medvetet behandlade människor olika. En sjuksköterska menade att patienten fick samma vård som alla andra men kände sig uppgiven när patienten uttryckte "*Just because I'm a foreigner I don't get as good [care]*" (Pergert et al., 2007, s. 323). Sjuksköterskorna kände sig frustrerade och missförstådda vilket beskrivs vidare av Hultsjö och Hjelm (2005) genom citatet "*...it is hard to be called a racist because we don't treat them differently from Swedish patients*" (s. 282).

ORGANISATION

Tidsbrist

Tidsbrist ansågs vara ett hinder för att utföra kulturell omvårdnad (Hart & Mareno, 2013; Skott & Lundgren, 2009; Pergert et al., 2007). Det fanns inte tid för att utbilda sig inom kulturell omvårdnad eller hålla sig uppdaterad inom olika kulturers seder och bruk (Hart & Mareno, 2013; Pergert et al., 2007). Etisk stress uppstod i mötet med patienter från andra kulturer då sjuksköterskorna i pressade situationer inte kunde anpassa vården efter olika behov och önskemål (Høye & Severinsson, 2008). Språkbarriärer kunde exempelvis leda till att samtalet

drog ut på tiden vilket beskrivs genom citatet *“Then there’s the time aspect, this sitting by the bedside and talking... (with) someone who speaks perhaps just a little, little Swedish... it will take much more time. But if I go and talk a little with a Swedish family... it’s a smaller project”* (Pergert et al., 2007, s. 323). En annan utmaning var akuta situationer. Det ansågs vara svårt att ta hänsyn till olika kulturella perspektiv i akuta lägen och ofta förenklades den komplexa situationen i samband med att rädda någons liv eller göra en snabb bedömning (Hart & Mareno, 2013; Dellenborg et al., 2012).

Okunskap och utbildningsbehov

En allmän uppfattning var att kunskapen om olika kulturer var bristfällig (Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013; Høye & Severinsson, 2008; Richardson et al., 2006). En del ansåg det vara svårt att lära sig om varje enskild kultur eftersom de träffade människor från så många olika kulturer (Hart & Mareno, 2013; Richardson et al., 2006). Utbildningar inom området upplevdes ofta vara ytliga och undervisa om stereotyper istället för att vidga perspektiven runt olika kulturella grupper, vilket beskrivs i citatet *“Making a cookie cutter product fit the vast cultural opportunities is difficult as different aspects of socioeconomic, cultural, and language plays an integral part of quality healthcare”* (Hart & Mareno, 2013, s. 2227).

Däremot hävdade flera sjuksköterskor att kunskap gällande andra kulturer är viktigt, vilket belyses med ett citat; *“I strongly believe that every medical profession that serves people in different cultures must have knowledge of these different culture backgrounds to holistically treat people and to be successful in helping people”* (Hart & Mareno, 2013, s. 2227). Det finns variationer inom kulturer och utmaningen låg i att möta dessa enskilt (Hart & Mareno, 2013; Richardson et al., 2006). Vissa ansåg att kulturell känslighet var en inneboende egenskap som inte utvecklades med hjälp av utbildning, utan genom att träffa människor från andra kulturer. Några sjuksköterskor menade att det var svårt att fördjupa sin kunskap om en kultur utan att vara en del av den (Hart & Mareno, 2013). Andra ansåg det viktigt att reflektera över sina egna känslor, attityder och antaganden kring olika kulturer (Richardson et al., 2006).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturoversikt valdes med avsikt att belysa sjuksköterskors upplevelse av mötet med människor från andra kulturer. Denna metod gav ett bra underlag där studierna tydligt speglar det fenomen som undersökts. Eftersom syftet berör upplevelsen av ett fenomen hade det varit intressant att utföra en intervjustudie. Metoden är dock tidskrävande och tidsramen för denna

kandidatuppsats var begränsad. Att hitta relevant material gällande sjuksköterskans upplevelse av mötet med människor från andra kulturer var svårt till en början eftersom forskningsunderlaget är begränsat. Understrykas bör dock att artiklar som tydligt riktade sig mot en viss etnicitet exkluderades eftersom de ansågs utgå från ett allt för smalt perspektiv. Författarna är medvetna om att material som kunde ha varit av värde för resultatet därför eventuellt missades. Även artiklar som syftade till att enbart undersöka studenter, sjuksköterskeutbildningen eller barnmorskor exkluderades eftersom det inte var intressant i förhållande till syftet. De artiklar som berörde studenter och utbildningar kunde till viss del ha varit relevanta, men upplevdes fokusera allt för mycket på organisation och fortbildning snarare än den färdigutbildade sjuksköterskans upplevelse. Ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle beröra vuxna. Studien av Pergert et al. (2007) utfördes på en barnonkologisk avdelning men ansågs trots allt tillföra relevant fakta eftersom studien i huvudsak syftade till att undersöka sjuksköterskornas upplevelse av mötet med föräldrar med immigrantbakgrund.

Artiklarnas publiceringsår avgränsades till <10 år, mellan 2004-2014, för att undvika allt för daterad forskning. Författarna gjorde även bedömningen att resultatet från den senaste respektive äldsta artikeln inte särskilde sig avsevärt. Studien av Debesay et al. (2014) hittades i det allra tidigaste stadiet av litteratursökningen, när avsikten var att få en överblick över publicerad litteratur. Det ledde till många sökträffar vilket redovisas i tabellen, se bilaga 1. Studien uppkom inte under någon annan av författarnas sökningar, och anledningen till det tros vara att artikeln är nypublicerad. Nypublicerade artiklar har inte alltid tilldelats MeSH-termer vilket kan ha varit en orsak till att författarna inte fick träffar vid andra sökningar, då sökorden valts från MeSH och Cinahl headings. Studien inkluderades ändå eftersom den tillförde relevant fakta till resultatet och upplevdes viktig eftersom den var publicerad under 2014.

De länder som förekom i studierna var Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Australien och USA. Det skulle från den utgångspunkten kunna hävdas att resultatet inte är användbart i andra länder än dessa. Författarna ansåg däremot att ämnet i huvudsak berör ett mänskligt beteende och ej något som nödvändigtvis är kopplat till ett visst samhälle. Undantag gäller diskussionsdelen när tolk berörs i förhållande till svensk lagstiftning. Ambitionen var att inkludera artiklar där sjuksköterskans upplevelse undersöktes. Några av artiklarna innefattar dock andra professioner men det går att urskilja vilken profession som säger vad, med undantag för två. Dellenborg et al. (2012) innefattar läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, Hultsjö och Hjelm (2005) innefattar sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa två artiklars resultat överensstämde med resultatet i de övriga artiklarna och ansågs därför vara av värde för uppsatsen. Det går däremot inte att säga att resultatet endast speglar sjuksköterskans upplevelse. Under urvalsprocessen framgick det att artiklar som svarade tydligast på syftet var av kvalitativ metod. Dock granskades två artiklar av kvantitativ metod då de eventuellt kunde styrka delar av resultatet. De valdes senare bort då den ena hade bristande kvalitet och den andra inte svarade på syftet. Genom att använda artiklar av kvalitativ metod belystes resultatet av sjuksköterskans upplevelse på ett beskrivande och begripligt sätt. Under artikelgranskningen uppmärksammades att vissa artiklar i

sitt syfte fokuserade på hinder och problem, dessa lades då åt sidan eftersom författarna ville belysa upplevelsen mer neutralt. När alla artiklar granskats diskuterade författarna detta och insåg att trots olika infallsvinklar var resultat och slutsats liknande, därför inkluderades de bortlagda artiklarna återigen.

Användandet av flera databaser kompletterat med manuella sökningar gjorde att forskningsområdet blev ordentligt genomsökt. Det bekräftas av att det uppstod en mättnad i sökandet. I efterhand har författarna diskuterat möjligheten att avgränsa sig till *“nursing”* i databasen Cinahl och vilken utgång det hade fått. Möjligtvis hade det avgränsat området ytterligare mot omvårdnadsartiklar vilket kunde ha varit en fördel. Kvalitetsgranskningen genomfördes utifrån ett granskningsprotokoll av Willman et al. (2011). Protokollet underlättade granskningen då det var enkelt att följa med i de olika frågeställningarna så att inget missades. Det upplevdes dock svårt att göra en korrekt kvalitetsgranskning och bedömning av artiklar som godkänts för publicering, utifrån den kunskap som författarna besitter. Därför finns viss reservation mot objektivitet och rättvis bedömning i granskningen, vissa artiklar som tilldelats medelkvalitet kan vara av hög kvalitet.

Studierna nådde fram till liknande resultat vilket gjorde att det snabbt gick att urskilja en röd tråd. Därför upplevdes analysen till en början som relativt lättarbetad. När resultatet var nedskrivet framträdde dock ytterligare en dimension i tematiseringen. Författarna insåg då att analysen inte var fullständig. Genom ytterligare genomgång av resultatet framträdde en mer lämplig resultatindelning och nya subteman. Det lyfte resultatdelen och gav författarna en djupare förståelse av tematiseringens innebörd. Då författarna lade stor vikt vid att framställa resultatet objektivt var en diskussion nödvändig för att särskilja vad som var sjuksköterskans upplevelse och vad som var egna värderingar. Att vara två författare med olika infallsvinklar har varit en fördel under den processen eftersom egna värderingar och fördomar har framkommit och medvetandegjorts. En kritisk diskussion har förts kontinuerligt under arbetets gång, vilket upplevdes ge uppsatsen en djupare dimension.

RESULTATDISKUSSION

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor kan uppleva mötet med människor från andra kulturer, vilket resultatet anses svara väl på. Tydligast framträdde kommunikationshinder och språkbarriärer som stora hinder och utmaningar i vården av personer från andra kulturer. En vårdrelation utvecklades mer naturligt när det gick att använda sig av småprat och humor, vilket försvårades då patienten inte kunde språket (Pergert et al., 2007; Touhy et al., 2008; Taylor & Alfred, 2010). Några sjuksköterskor hävdade däremot att genom kroppsspråk och enklare teckenspråk kunde vårdrelationen växa fram ändå (Huang et al., 2009; Richardson et al., 2005). Den icke-verbala kommunikationen, som kroppsspråk och ansiktsuttryck, är ett responderande

språk där vikten ligger vid att den professionella visar intresse och vilja att hjälpa. Icke-verbala signaler kan vara avgörande för att patienten ska känna sig trygg (Eide & Eide, 2009). Genom att använda sig av ett öppet kroppsspråk med ett genuint intresse av att vilja förstå patienten kan en god relation utvecklas. Om sjuksköterskan utstrålar ett lugn överförs det naturligt till patienten. Därför är det viktigt att vara medveten om kroppsspråkets funktion för att kunna forma en relation till någon som talar ett annat språk.

Sjuksköterskorna kände sig ofta otillräckliga och oroade över att informationen inte nått fram till patienten. Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska den som är ansvarig för patientens hälso- och sjukvård se till att patienten, samt dess närstående, får information. Detta kan vara svårt att säkerställa om inte sjuksköterskan och patienten förstår varandra språkligt. Patientsäkerhetslagen kan därför tydas som att tolk ska användas när patienten inte förstår p.g.a. språkbarriärer. Resultatet visade dock att tolk var svårt att få tag på och det fanns önskemål om större tillgång till tolk (Hultsjö & Hjelm, 2005; Pergert et al., 2007; Touhy et al., 2008; Taylor & Alfred, 2010). Tolk används ofta vid samtal där mycket information ska förmedlas, som exempelvis läkarsamtal. Att använda tolk vid omvårdnadssamtal ses däremot inte som lika självklart. Om tolk enbart används vid medicinska samtal negligeras den personcentrerade vården, som innebär att se patienten utifrån ett helhetsperspektiv och tillgodose patientens uppfattning av hälsa och ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Omvårdnadssamtalet måste värdesättas i lika hög grad som det medicinska samtalet eftersom det först då går att få en helhetsbild av patientens behov. Författarna tror att problemet delvis kan ligga i den medicinska tradition som finns inom sjukvården. Sjuksköterskan måste värdesätta sitt omvårdnadsansvar, där det ingår att ge patienten information. De lagar och förordningar som finns är ett bra stöd för att kunna uppfylla detta. Nya sjuksköterskor har där en viktig roll eftersom de har aktuell författningskunskap med sig från utbildningen. De har även en möjlighet att påverka med ett personcentrerat tankesätt. McCormack (2004) beskrev det centrala i personcentrerad vård med fyra begrepp, bland annat att vara i relation. Icke-verbal kommunikation kan inledningsvis skapa en god relation, men för att helt tillgodose patientens behov och önskemål behöver sjuksköterskan ta del av patientens livsberättelse. Att förstå varandra språkligt blir då en förutsättning för en personcentrerad vård.

När en myndighet kommer i kontakt med någon som inte behärskar svenska bör myndigheten anlita tolk (SFS 1986:223). Problemet inom sjukvården är att det inte går att ha en tolk närvarande hela tiden. Ofta innebär det att familjemedlemmar och personal får agera tolk istället. Varken personal eller familj har den professionella vanan att översätta som en tolk har. Det kan leda till att information vinklas eller undanhålls (Richardson et al., 2005; Høye & Severinsson, 2008). Det finns även en etisk aspekt med att använda familjemedlemmar som tolk. Dels för patientens skull, eftersom det kan vara svårt att samtala om allt framför en familjemedlem, men också för att ett allt för stort ansvar läggs på familjen. Detta gäller särskilt när barn får agera tolk då de inte kan förväntas förstå eller bära ansvaret för vad som förmedlas (Eide & Eide, 2009). Flera sjuksköterskor beskrev svårigheter med att använda tolk. De kände sig distanserade från

patienten, hade svårt att släppa kontroll över informationen och att lita på tolken (Richardson et al., 2005; Pergert et al., 2007; Hart & Maren, 2013). Sjuksköterskan ska dock, enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning, utgå från en helhetssyn av patienten (Socialstyrelsen, 2005). Denna helhetssyn blir svår att skapa om sjuksköterskan och patienten inte kan kommunicera språkligt. Tolk kan vara en lösning för att lyckas arbeta förenligt med kompetensbeskrivningen. Utbildning eller handledning kan dock behövas i vad tolkar kan hjälpa till med och hur samtalet med en patient genom tolk går till, för att sjuksköterskor ska känna sig mer bekväma i att samarbeta med tolk. Det behövs även utbildning kring de lagar som finns för att öka kompetensen om när tolk ska användas och vilka krav som faktiskt ställs. Den kunskapen kan öka förståelsen för under vilka villkor sjuksköterskan jobbar och vad det finns för förordningar att förhålla sig till.

Fördomar var något flera sjuksköterskor ansåg sig inte ha, medan andra medgav att de hade olika känslor inför olika grupper. De hoppades dock att det inte påverkade deras professionella roll (Richardson et al., 2005). För att kunna arbeta professionellt krävs en medvetenhet kring egna fördomar. Genom att rannsaka sin egen person och identifiera likheter och skillnader med andra kulturer höjs förståelsen för hur människor tänker och agerar (Stier, 2009). Grundat på det resonemanget tror författarna att de sjuksköterskor som erkände sig ha olika känslor inför olika grupper arbetade mindre fördomsfullt än de som påstod sig vara fördomsfria. Ur resultatet går det att utläsa en rädsla och osäkerhet inför ett ovant beteende hos patienten. Personer från andra kulturer beskrevs som osmidiga och styrda av regler. De uttryckte sina känslor högt och utåtagerande och de hade många närstående närvarande vilket ansågs stökigt (Dellenborg et al., 2012; Høye & Severinsson, 2008; Pergert et al., 2007). Det som är obekant beskrivs som negativt då det är mycket enklare att hantera det bekanta. Ur ett annat perspektiv kan dessa uttryck vändas till något positivt om närstående ses som en resurs och där det kan vara en fördel att patienten tydligt visar sina känslor. Rollspel kan vara ett sätt att tränas i detta eftersom deltagarna får möjlighet att sätta sig in i en annan persons situation. Genom det skapas en förståelse för olika beteenden, vilket kan hjälpa sjuksköterskan att uppmärksamma sina egna förutfattade meningar.

Dellenborg et al. (2012) beskrev ett patientfall där en man var provocerande och krävande. Personalen förde ett resonemang kring att antingen se honom som en individ som var avvikande och väldigt sjuk, eller någon som representerade en kultur (Dellenborg et al., 2012). För att kunna bemöta problemet med kategorisering inom en personalgrupp tror författarna att det behövs diskussioner som dessa. Hur kommer det sig att mannen ses som krävande? Det kanske beror på hans frustration över sjukdomen snarare än kulturella beteendemönster. Dellenborg et al. (2012) använde sig av fokusgrupper där ett patientfall diskuterades vilket uppmärksammade olika tankesätt som rådde inom personalgruppen. Författarna tror att det är en bra metod för att synliggöra fördomar eftersom personalen får möjlighet att i grupp reflektera över olika tanke- och förhållningssätt. Leininger beskrev vikten av att bemöta grupper utifrån olika kulturella aspekter såsom religion, lagar och traditioner (Leininger & McFarland, 2002). Om

sjuksköterskan enbart utgår från Leiningers teori finns en risk att helhetsbilden av patienten förbises och att vården baseras på en antagen grupptillhörighet istället för på personens egna behov. Det är viktigt att ta hänsyn till dynamiken inom en grupp och att den består av olika personligheter (Nordin & Schölin, 2011).

En del kvinnliga sjuksköterskor ansåg att immigrerade män var ovilliga att vårdas av en kvinna, vilket de upplevde nedvärderande. De manliga sjuksköterskorna upplevde däremot att det var ett generellt problem att vårda patienter av motsatt kön (Dellenborg et al., 2012; Pergert et al., 2007). Det framkom även frustration när patienter från annan kulturell bakgrund påstod att de fick vänta på behandling på grund av sitt ursprung, eftersom sjuksköterskorna menade att de inte medvetet behandlade människor olika (Pergert et al., 2007; Hultsjö & Hjelm, 2005). Personalens upplevelse ställs här mot patientens och det är viktigt att ta hänsyn till båda två. Det är dock intressant att fråga sig varför de kvinnliga sjuksköterskorna kände sig nedvärderade. En orsak till det tror författarna kan vara att kvinnorna, i större utsträckning än männen, var vana vid att kunna vårda alla. När de mötte en patient som inte ville bli vårdad av en kvinna kände de sig därför förhindrade att utföra sitt arbete och tog det personligt. Männen var däremot vana vid det förhållningssättet och lade därför inte någon större vikt vid det. Det finns ett problem i att endast utgå från sin egen världsbild och förutsätta att det egna agerandet är det rätta. Ifall sjuksköterskorna istället försöker ta del av patientens livsberättelse kan den öppna upp för en förståelse för patientens upplevelse, vilket kan undvika känslan av frustration. Om patienten känner sig förbisedd och särbehandlad måste den känslan bemötas, även om sjuksköterskan upplevde det motsatta. Tilläggas bör dock att sjuksköterskan inte helt kan bortse från sin egen känsla. Att vara kulturellt medveten innefattar en förståelse för att alla människor, även patienten, har fördomar och stereotypa attityder (Jirwe et al., 2006). Författarna tror att om sjuksköterskan besitter den förståelsen skapas ett lugn inför att bemöta fördomar, både egna och patientens.

Sjuksköterskorna upplevde en etisk stress när de inte kunde anpassa vården utefter olika behov och önskemål. Detta visar att det fanns en strävan att utföra transkulturell vård men att tidsbristen var en hindrande faktor. Det efterfrågades även utbildning kring olika kulturer vilket ansågs vara nödvändigt för att arbeta holistiskt (Hart & Maren, 2013). Det var på liknande grund Leininger utformade sin omvårdnadsteori då hon menade att det fanns brister och begränsningar inom omvårdnadsområdet gällande att bemöta kulturella skillnader (Leininger & McFarland, 2002). Leininger har dock kritiserats för att utgå från att varje människa tillhör en given kultur med givna värderingar och tankesätt (Nordin & Schölin, 2011). Ifall sjuksköterskan tillskriver dessa antagna kulturella aspekter på en individ finns risken att själva personen förbises. Detta upplevdes som ett problem av vissa sjuksköterskor som ansåg att utbildningar ofta målade upp en stereotyp bild av olika kulturer istället för att vidga vyer. De kritiserade sättet att dela in grupper utifrån etnicitet och kultur, utan att ta hänsyn till andra skillnader, såsom socioekonomiska (Hart & Maren, 2013). Istället efterfrågades utbildning med fokus på deras egna känslor, värderingar och antaganden kring olika grupper (Richardson et al., 2006). Sett till

behov och efterfrågan hävdar författarna att en kombination av dessa vore att föredra. Leininger har en poäng i att kunskap om olika kulturer är viktigt, men för att sjuksköterskan ska kunna utveckla sin kulturella kompetens krävs en medvetenhet kring egna värderingar, uppfattningar och fördomar. Kulturell kompetens bör därför integreras i vården och under sjuksköterskeutbildningen för att ge en utökad kunskap och förståelse för människor från andra kulturer. I det innefattas både kunskap om olika kulturer men även möjlighet till stöd och reflektion på arbetsplatsen. Detta kan uppnås genom att arbeta med rollspel och diskussionsgrupper inom arbetslaget och under sjuksköterskeutbildningen.

KONKLUSION

Resultatet visar att det finns ett behov av kunskap kring olika kulturer men även en ökad medvetenhet avseende egna värderingar, uppfattningar och fördomar. En väsentlig förutsättning för att kunna bemöta människors likheter och olikheter är att reflektera över sig själv och att alla tillhör en kultur. Utan denna typ av reflektion finns en risk att omvärlden betraktas utifrån den egna kulturella måttstocken. Ifall sjuksköterskan endast utgår ifrån Leiningers omvårdnadsteori i det transkulturella mötet finns det en risk att den enskilda personens behov förbises. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta personcentrerat i mötet med patienter från andra kulturer är kunskap om olika kulturer och kulturell kompetens nödvändigt. Flera sjuksköterskor strävade efter att uppnå detta och för att nå dit behövs, förutom eget arbete, ett organisatoriskt stöd i form av utbildning, tillgång till tolk och tid avsatt för samtal.

REFERENSER

Artiklar använda i resultatet är markerade med *

Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige: Ett individorienterat perspektiv* (Doktorsavhandling, Acta Wexionensia, 136). Växjö: Växjö University Press. Tillgänglig:
<http://lnu.divaportal.org/smash/get/diva2:205821/FULLTEXT01.pdf>

*Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2107-2116. doi: 10.1111/jan.12369

*Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2012). Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: Experiences of health care practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 342-350. doi: 10.1177/1043659612451258

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafson, D. L. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.

*Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2223-2233. doi: 10.1111/jocn.12500

*Huang, Y.-L., Yates, P., & Prior, D. (2009). Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care. *Cancer Nursing*, 32(1), 12-21. doi: 10.1097/01.NCC.0000343370.16894.b7

*Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285.

*Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(6), 338-348. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.007

Karolinska Institutet. (2014). *Termer för upplevelser och bemötande*. Hämtad 2014-10-01, från <http://kib.ki.se/node/274179>

Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, 12(3), 6-16.

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. doi: 10.1177/10459602013003005

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Lidskog, R., & Deniz, F. (2009). *Mångkulturalism: Socialt fenomen och politisk utmaning*. Malmö: Liber.

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81-110). Stockholm: Liber.

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 31-38. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x

Nationalencyklopedin. (2014). *Etnocentrism*. Hämtad 2014-10-02, från <http://www.ne.se/lang/etnocentrism>

Nordin, M., & Schölin, T. (2011). *Religion, vård och omsorg: Mångkulturell vård i praktiken*. Malmö: Gleerup.

*Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2007). Obstacles to transcultural caring relationships: Experiences of health care staff in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(6), 314-328. doi: 10.1177/1043454207308066

*Richardson, A., Thomas, V. N., & Richardson, A. (2006). "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic

minority groups. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 10(2), 93-101. doi: 10.1016/j.ejon.2005.05.002

Santamäki Fischer, R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser - Teorier och metoder. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 39-49). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1986:223. *Förvalningslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 1980:100. *Sekretesslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

*Skott, C., & Lundgren, S. M. (2009). Complexity and contradiction - Home care in a multicultural area. *Nursing Inquiry*, 16(3), 223-231.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-09-14, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Stier, J. (2009). *Kulturmöten: En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2014-09-08, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.Personcentrerad.vard_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-09-13 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

*Taylor, R. A., & Alfred, M. V. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 591-609. doi: 10.1177/0193945909354999

Tolkcentralerna i Sverige. (2014). *Tolkverksamhetens värdegrunder*. Hämtad 2014-10-20, från <http://www.tolkcentralen.se/varde.htm>

Tolkservicerådet. (2012). *Tolkservicerådets riktlinjer & god tolkservicesed*. Hämtad 2014-11-04, från <http://www.tolkserviceradet.se/godtolkservicesed>

*Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55(2), 164-170. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00600.x

Wijk, H. (2010). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 75-87). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Databas datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
1. Cinahl 12/9-14	“Transcultural nursing” and “nurs* attitudes”	All adult, English, peer reviewed research article. 2004-2014.	11	6	3	1.Hoye & Severinsson (2008). 2.McCarthy, Cassidy & Graham (2008).
2. Cinahl 12/9-14	“cultural competence” AND nurs* AND patient	All adult, English, peer reviewed research article. 2004-2014	57	17	4	3.Taylor & Alfred (2010). 4.Hart & Mareno (2013).
3. Cinahl 25/9-14	“transcultural nursing” AND communication NOT student*	All adult, English, peer reviewed research article, 2004-2014	16	4	1	5.Pergert, Ekblad, Enskär & Björk (2007).
4. PubMed 29/9-14	“Attitude of Health Personnel” AND "transcultural nursing" AND "cultural diversity"	English, 10 years, full text	94	15	3	6.Richardson, Thomas, Richardson (2006). 7.Dellenborg, Skott, Jakobsson (2012).

	NOT student*					
5. Scopus 29/9-14	“Transcultural nursing” AND "nurse attitudes" AND diversity	Article, English, subject area “Nursing”, 2004-2014	52	14	2	Inga valda
6. Cinahl 6/10-14	“Transcultural nursing” AND diversity	All adult, English, peer reviewed research article. 2004-2014	26	5	1	8.Huang, Yates & Prior (2009).
7. Pubmed 6/10-14	“Transcultural nursing” AND diversity	English, 10 years, full text.	382	1	1	9.Debesay, Harsløf, Rechel & Vike (2014).

Manuella sökningar:

- Skott och Lundgren (2009) hittades från Debesay, Harsløf & Vike (2014)
- Hultsjö och Hjelm (2005) hittades från Björk Brämberg (2008).

BILAGA 2

Protokoll för kvalitetsbedömning

Granskning av artiklar med kvalitativ metod enligt version av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011).

Beskrivning av studien, t.ex. vald metod.....

Finns det ett tydligt syfte?	Ja	Nej	Vet ej
------------------------------	----	-----	--------

Patientkaraktistika

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
---------------------------	----	-----	--------

Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
--------------------	----	-----	--------

Urval

– Relevant?	Ja	Nej	Vet ej
-------------	----	-----	--------

-Strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej
---------------	----	-----	--------

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
---------------------------------------	----	-----	--------

-datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
-----------------------------------	----	-----	--------

-analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
----------------------------	----	-----	--------

Giltighet

Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
------------------------------------	----	-----	--------

Råder datamätnad? (om tillämpligt)	Ja	Nej	Vet ej
------------------------------------	----	-----	--------

Råder analysmättnad?	Ja	Nej	Vet ej
----------------------	----	-----	--------

Kommunicerbarhet

Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Vet ej
---	----	-----	--------

Genereras teori?	Ja	Nej	Vet ej
------------------	----	-----	--------

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Medel

Låg

Kommentar.....

.....

.....

.....

Granskare (sign)

BILAGA 3

Sammanfattning av artiklarna

1.

Titel: Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.

Författare: Debesay, J., Harsløf, I., Rechel., B., & Vike, H.

Tidskrift: JAN (Journal of Advanced Nursing).

År: 2014.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka de utmaningar som sjuksköterskor i kommunen möts av vid hemsjukvård av patienter från minoritetsgrupper i Norge.

Metod: Kvalitativ design med hermeneutisk ansats. Semi-strukturerade djupintervjuer genomfördes och likheter i ämnen och mening identifierades, vilket genererade koder och kategorier. Nitton norska sjuksköterskor deltog i studien och alla arbetade inom hemsjukvården i områden med en hög andel minoritetsgrupper. Urvalet gjordes målmedvetet och inklusionskriterierna var att deltagarna skulle arbeta som sjuksköterskor inom hemsjukvården och i distrikt med stort antal etniska minoritetsgrupper. Deltagarna rekryterades från fyra olika stadsdelar i Oslo.

Etiskt övervägande: Är etiskt godkänd, och skriftlig information skickades till deltagarna. Pseudonymer användes för att ersätta de riktiga namnen.

Resultat: De huvudteman som framkom var utmaningar i mötet med minoritetsgrupper, utmaningar vid intim vård, skilda sätt att se på rehabilitering efter stroke och olika sätt att hantera döden.

Kvalitet. Hög.

2.

Titel: Cultural challenges and barriers through the voices of nurses.

Författare: Hart, P. L., & Mareno, N.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.

År: 2013.

Land: USA.

Syfte: Att undersöka och beskriva utmaningar och hinder i att tillhandahålla kulturellt kompetent vård, upplevda av sjuksköterskor i deras dagliga möten med olika patientgrupper.

Metod: En kvalitativ design användes och var en del av en större kvantitativ studie där deltagarna svarat på en enkätundersökning. Enkäten avslutades med två öppna frågor och svaren från dessa isolerades i en egen kvalitativ studie. Enkäten skickades ut till 2000 sjuksköterskor och en stratifierad urvalsmetod användes för att bestämma andelen sjuksköterskor och hur stort urval som behövdes från varje län. En statistisk programvara användes för att välja ett urval från

varje län. Av de 374 sjuksköterskor som besvarade enkäten svarade 253 på de öppna frågorna, 212 svar kunde användas i den kvalitativa dataanalysen.

Etiskt övervägande: Studien är godkänd av universitetets granskningsnämnd. Deltagare fick skriftlig information om studien och alla enkätsvar var anonyma, inga IP-adresser samlades in.

Resultat: I analysen framkom 3 teman; stor mångfald, brist på resurser och fördomar.

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att hålla reda på alla olika kulturella skillnader eftersom mångfalden var stor. Tidsbrist uppkom som ett hinder för att hinna med att arbeta med kulturellt lämplig vård, dessutom önskade de möjligheter till utbildning inom området. Vissa sjuksköterskor ansåg att människor från andra länder borde anpassa sig bättre och andra ansåg att det är viktigt att synliggöra sina egna fördomar för att kunna motarbeta dem.

Kvalitet: Hög.

3.

Titel: Transcultural encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners.

Författare: Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E.

Tidskrift: Journal of Transcultural Nursing.

År: 2012.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka inställningen hos hälso- och sjukvårdspersonal vid transkulturella möten.

Metod: Studien utfördes genom aktionsforskning, en reflekterande process där vårdpersonalen och forskarna tillsammans arbetade för förbättring och problemlösning. Gruppdiskussioner hölls på en avdelning och 70 personer deltog, i grupperna ingick sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. Analysen gjordes på texten transkriberats från intervjuerna. 93 berättelser identifierades i texten och jämfördes med varandra samt diskuterades av forskarna. Ett mönster uppstod som vidare diskuterades med sjuksköterskorna på avdelningen. I enlighet med hermeneutiken testades formuleringen av övergripande teman mot hela texten. Slutligen lyssnades inspelningarna igen och forskarna diskuterade kontinuerligt genom hela processen för att säkerställa att den mest lämpliga tolkningen gjordes.

Etiskt övervägande: Det framgår ej om studien är etiskt godkänd. Däremot var det vårdpersonalen på den medverkande avdelningen som efterfrågade studien.

Resultat: Det övergripande temat var skillnader såsom; kön, seder och bruk, agerande/reagerande, attityder, status och känslomässiga uttryck. Dessa presenterades av personalen som skillnader gentemot vad som anses "typiskt svenskt".

Kvalitet: Hög.

4.

Titel: Nurses' Perceptions of the Organizational Supports Needed for the Delivery of Culturally Competent Care.

Författare: Taylor, R. A., & Alfred, M. V.

Tidskrift: Western Journal of Nursing Research.

År: 2010.

Land: Sverige.

Syfte: Att fastställa sjuksköterskors synvinkel på det organisatoriska stöd som behövs vid utförandet av kulturellt kompetent vård.

Metod: En grundläggande tolkande kvalitativ design användes med fallstudie som tillvägagångssätt. Deltagare i studien var 20 sjuksköterskor och 3 chefer. Urvalet gjordes slumpmässigt med hjälp av en tabell med slumpstal. Datainsamlingen skedde genom djupgående intervjuer, utfrågning runt avgörande händelser och genomgång av dokument. Öppen kodning användes initialt för att analysera data och ett mjukvaruprogram användes för att placera texten under olika teman. 56 kategorier framträdde varvid den axiala kodningen inleddes vilket resulterade i 12 kategorier.

Etiskt övervägande: Det framgår ej om studien är etiskt godkänd. Däremot godkändes den av universitetets granskningsnämnd och deltagarna fick skriftlig information om studien.

Resultat: Den största utmaningen för sjuksköterskor gällande vård av patienter från olika kulturer var språkbarriärer och fanns en bristande kunskap gällande kulturella olikheter. En stor orsak till frustration var bristen på tillgång till tolk.

Kvalitet: Hög.

5.

Titel: Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care.

Författare: Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D.

Tidskrift: Cancer Nursing.

År: 2009.

Land: Australien.

Syfte: Att undersöka kulturella problem inom palliativ vård.

Metod: Kvalitativ studie med Grounded Theory (GT) som metod, semi-strukturerade djupintervjuer genomfördes. Öppen kodning, axial kodning och selektiv kodning utifrån GT:s nyckelprocess utfördes för att analysera och identifiera mönster i materialet. Information om studien skickades till medlemmar av "Cancer Nursing Society of Australia Brisbane Regional Group" där inklusionskriterier var sjuksköterskor som hade kunskap inom området och som hade insikt i en specifik situation. Sju sjuksköterskor inom onkologi deltog frivilligt i studien.

Etiskt övervägande: Är etiskt godkänd och skriftlig information skickades ut till deltagarna.

Resultat: De huvudkategorier som framkom var vikten av att tillmötesgå kulturella behov vid palliativ vård och användning av olika strategier avseende tvärkulturell kommunikation.

Kvalitet: Medel.

6.

Titel: Complexity and contradiction: home care in a multicultural area.

Författare: Skott, C., & Lundgren, SM.

Tidskrift: Nursing Inquiry.

År: 2009.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka betydelsen av erfarenhet för sjuksköterskor inom hemsjukvården i ett multikulturellt område i Sverige.

Metod: Kvalitativ design med hermeneutisk ansats, influerad av den franska filosofen Paul Ricoeur. Grupptervjuer genomfördes vid ett flertal tillfällen och slutligen intervjuades varje deltagare individuellt. De fem deltagare som deltog i studien var legitimerade sjuksköterskor som arbetade inom hemsjukvården i ett multikulturellt område i Sverige. Initialt lästes intervjumaterialet igenom och varje författare kodade materialet för att sedan identifiera teman. De teman som framkom jämfördes och diskuterades för att sedan bedömas utifrån helheten.

Etiskt övervägande: Är godkänd av den administrativa sjuksköterskan i hemsjukvården och deltagarna fick information om frivillighet och sekretess. Pseudonymer användes.

Resultat: Platsen för var vården ges anses vara viktig samt vårdansvaret. Den mångkulturella familjen tycktes ta mycket ansvar för patienten vilket skapade en ambivalens hos sjuksköterskorna. De ansåg att mötet med människor från andra kulturer skapade förståelse och minimerade fördomar.

Kvalitet: Medel.

7.

Titel: Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study.

Författare: Høye, S., & Severinsson, E.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing.

År: 2008.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka hur intensivvårdssjuksköterskor i Norge upplever mötet med familjer med multikulturell bakgrund.

Metod: Beskrivande, utforskande studie med kvalitativ design. Multistage fokusgrupptervjuer användes som metod för datainsamling, vilket innebär att deltagarna träffas i gruppintervjuer vid ett flertal tillfällen. Urvalet av deltagarna valdes från tre olika intensivvårdsavdelningar för att få en bred och representativ urvalsgrupp. Studiens inklusionskriterium var registrerade sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av intensivvård och erfarenhet av möten med multikulturella familjer och patienter. 16 intensivvårdssjuksköterskor deltog i studien. Den transkriberade texten lästes igenom upprepande gånger. Kontexten analyserades genom en tolkande innehållsanalys.

Etiskt övervägande: Studien är etiskt godkänd. Deltagarna fick skriftlig information och samtyckesformulär erhöles från samtliga studiedeltagare.

Resultat: Kulturell mångfald och arbetsplatsstress framkom som huvudteman vilka vidare diskuterades utefter påverkan av arbetsrutiner, kommunikativa utmaningar, skilda sätt att möta kriser i förhållande till immigranter samt den professionellas status och problem kring könsroller.
Kvalitet: Hög.

8.

Titel: Educational need of nurses when nursing people of a different culture in Ireland.

Författare: Tuohy, D., McCarthy, M., Cassidy, I., & Graham, M. M.

Tidskrift: International Council of Nurses.

År: 2008.

Land: Irland.

Syfte: Att diskutera registrerade sjuksköterskors upplevelse av att vårda människor från en annan kultur i Irland.

Metod: Kvalitativ design. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes, där deltagarna närvarade vid en fokus-grupperintervju samt en individuell intervju. Sju registrerade sjuksköterskor, inkluderat barnmorskor deltog i studien. Deltagarna skulle ha vårdat personer från en annan kultur under de senaste sex månaderna och vara intresserade av att dela sina erfarenheter. Initialt analyserades data tematiskt av varje enskild författare som därefter diskuterade och jämförde med de andra författarna vilket ledde fram till teman.

Etiskt övervägande: Etiskt godkänd. Deltagarna fick skriftlig information och samtyckesformulär erhöles från samtliga studiedeltagare. Anonymitet bevarades genom att inte använda deltagarnas namn.

Resultat: Deltagarna ansåg att språkliga hinder, uppfattningar om människor från andra kulturer och kulturella skillnader var problematiska. Patienterna missuppfattade information och hade inte samma informationsrättigheter, bland annat på grund av svårigheter kring tolksamarbetet. Svårigheter att förstå andra kulturer och projicering av sin egen kultur på patienterna diskuterades av deltagarna. De såg ett behov av utbildning om kulturella skillnader.

Kvalitet: Medel.

9.

Titel: Obstacles to Transcultural Caring Relationship: Experiences of Health Care Staff in Pediatric Oncology.

Författare: Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O.

Tidskrift: Journal of Pediatric Oncology Nursing.

År: 2007.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka omvårdnaden av familjer med immigrantbakgrund, inom kontexten barnonkologisk vård.

Metod: Kvalitativ design med Grounded Theory som metod, fokusgrupper och semi-strukturerade individuella intervjuer. Urvalet till fokusgrupperna gjordes ändamålsenligt och lämpligt med riktning mot människor som hade kunskap inom det valda fenomenet.

Sjuksköterskor till de individuella intervjuerna valdes ut teoretiskt. Totalt ingick 35 sjuksköterskor/läkare i fokusgrupperna, samt 5 sjuksköterskor i individuella intervjuer. Initialt användes öppen kodning för att nå kärnan. En konstant jämförande metod användes och under analysen skrevs lappar med olika kategorier. Mättnad uppnåddes i relaterade kategorier när olika händelser började indikera på samma kategorier.

Etiskt övervägande: Studien är etiskt godkänd. Deltagarna delgavs information om att de när som helst kunde dra sig ur studien. Alla deltagare fick läsa igenom resultatdelen i form av tidigt utkast för att ha möjlighet att lämna kommentarer om sina uttalanden.

Resultat: Kommunikationshinder och att utveckla den transkulturella omvårdnadsrelationen upplevde sjukvårdspersonalen som svårigheter. Dessa delades in i fyra huvudkategorier; språkhinder, kulturella och religiösa hinder, sociala hinder och organisationshinder.

Kvalitet: Hög.

10.

Titel: “Reduced to nods and smiles”: Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups.

Författare: Richardson, A., Nicky Thomas, V., & Richardson, A.

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing.

År: 2006.

Land: Storbritannien.

Syfte: Att undersöka professionella vårdares erfarenheter inom hälso- och socialvård och beakta deras behov av kulturell kompetens.

Metod: Kvalitativ studie. Urvalet gjordes genom att skicka ut en inbjudan till alla medlemmar av “Macmillan Cancer Relief” (MCR) där medlemmarna var anonyma för forskarteamet. 44 besvarade men 28 deltog slutligen i studien. Deltagarna arbetade med cancerpatienter och bestod av 22 sjuksköterskor, en läkare, två socialarbetare, en arbetsterapeut och två övriga medarbetare på sjukhuset. Datainsamlingen gjordes genom att fokusgrupper träffades, och frågor ställdes kring deras erfarenheter. Datan analyserades i sin helhet för att utläsa centrala teman. Studien finansierades av MCR vilket begränsade urvalet av olika professioner, eftersom deltagarna skulle vara medlemmar inom MCR.

Etiskt övervägande: Etiskt godkänd.

Resultat: Språksvårigheter beskrevs som ett problem, deltagarna ville att patienterna skulle förstå men var rädda att de inte gjorde det. Tolksamarbetet och att använda närstående som tolkar uppkom också som ett problem, otillgängligheten av tolkar samt känsligheten att använda närstående som tolk diskuterades. Kulturella skillnader beskrevs både på ett praktiskt och filosofiskt plan med en reflektion kring etiska dilemman. Det fanns ett kunskapsbehov och deltagarna önskade bättre förmåga i att bemöta patienter mer öppensinnat.

Kvalitet: Medel.

11.

Titel: Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences.

Författare: Hultsjö, S., & Hjelm, K.

Tidskrift: International Council of Nurses.

År: 2005.

Land: Sverige.

Syfte: Att identifiera huruvida personal i somatisk och psykiatrisk akutsjukvård upplever problem i vård av immigranter, och om så är fallet jämföra dessa.

Metod: Undersökande, kvalitativ metod där semi-strukturerade fokusgruppintervjuer användes. Chefer på somatisk och psykiatrisk akutsjukvård samt ambulansen kontaktades via telefon och ombads att fråga personal som hade minst två års vårderfarenhet. Därefter skickades information om studien ut och de som var intresserade av att delta meddelande sin chef om detta. 35 deltog slutligen i studien, och fyllde i ett formulär kring utbildning och arbetslivserfarenhet. De totalt nio fokusgruppsintervjuerna hölls av en psykiatrisjuksköterska. Därefter analyserades datan självständigt och jämfördes sen mellan författarna. Texten lästes ett flertal gånger för att få en helhetsbild av materialet, subkategorier framkom som under processen jämfördes med helheten. När inga nya tolkningar av texten uppkom (mättnad) samlades subkategorierna ihop till en huvudkategori.

Etiskt övervägande: Etiskt godkänd. Deltagarna fick skriftlig information och samtyckesformulär erhöles från samtliga studiedeltagare.

Resultat: Olika svårigheter vid omsorgen av asylsökande uppstod som ett huvudproblem. Andra situationer som upplevdes svåra att bemöta var kulturella skillnader, språkbarriärer och det stora antal närstående som rörde sig runt patienten.

Kvalitet: Hög.